

Ihr Recht als Patient

Wie bekomme ich eine gute Hilfsmittelversorgung
von meiner Krankenkasse?

Ein Leitfaden

Vorwort zur 4. Auflage

Lieber Leser,

seit Erscheinen der ersten Auflage ist der Markt für Prothesen weiterhin im Wandel. Durch das so genannte Patientenrechtegesetz des Jahres 2013 und dem Heil- und Hilfsmittelstärkungsgesetz aus diesem Jahr haben sich wieder einige Details für Patienten verbessert. Positiv ist auch, dass das Bundessozialgericht seit nunmehr über 15 Jahren an seiner patientenfreundlichen Rechtsprechung festhält, soweit es um die Versorgung mit Prothesen geht. Ich wünsche Ihnen Freude beim Lesen dieses Leitfadens und hoffe, Ihnen damit in Ihrem Versorgungsalltag helfen zu können.

Gütersloh, den 16.06.2017

Mit herzlichen Grüßen Ihr

Ralf Müller-Päucker
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Fachanwalt für Versicherungsrecht

Impressum:

Müller & Dr. Paul – Rechtsanwälte
Partnerschaftsgesellschaft
Strengerstr. 4+6
33330 Gütersloh
Tel.: 05241 98740 Fax: 05241 987444
info@mueller-drpaul.de

Vorwort zur 1. Auflage

Ihr gutes Recht – Gesundheit ist Ihr Menschenrecht!

Ihre Gesundheit ist im wahrsten Sinne des Wortes „unbezahlbar“. Deshalb ist bereits in unserem Grundgesetz Ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit fest verankert. Unser Staat hat die Pflicht, Ihre Gesundheit zu erhalten und eine Benachteiligung durch Behinderung auszugleichen.

Medizinische Versorgung ist jedoch teuer. Die Politik derer, die medizinische Versorgung zu bezahlen haben, entwickelt sich derzeit in eine bedrohliche Richtung. Insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen deuten eine wirtschaftliche Versorgung immer mehr in eine qualitativ einfache Grundversorgung um. Die Bundesregierung verabschiedet eine „Gesundheitsreform“ nach der anderen und versucht durch eine versteckte Kostenpolitik Ihre Rechte als Versicherter einzuschränken.

Hiergegen stehen Ihnen die Sozialgerichte zur Seite, die besonders in den letzten Jahren den Kostendämpfungsmaßnahmen der Krankenkassen zugunsten des Patienten einen Riegel vorschieben. Auch das Bundesverfassungsgericht schob der Politik bei Einsparmaßnahmen im Gesundheitswesen einen Riegel vor.

Wer Rechte hat, muss manchmal darum kämpfen. Wer nicht kämpft, hat schon verloren. Diese kleine Broschüre soll Ihnen als Leitfaden dazu dienen, die Ihnen zustehenden Rechte auf eine gute Hilfsmittelversorgung kennen zu lernen.

Gütersloh, den 02.04.2008

Ihre Müller & Dr. Paul – Rechtsanwälte

Der Autor

Rechtsanwalt Ralf Müller-Päucker beschäftigt sich seit vielen Jahren mit dem Thema Hilfsmittel und Recht. Er arbeitet bundesweit für Patienten, Sanitätshäuser und Hilfsmittelhersteller. Neben seiner reinen Tätigkeit als Rechtsanwalt ist er Referent bei Seminaren und auf Kongressen sowie Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu dem Thema. Er ist Mitglied des Sachverständigenrates der Innung für Orthopädietechnik Süd-West (Rheinland-Pfalz/Saarland) und Lehrbeauftragter an der Bundesfachschule für Orthopädietechnik (Bufa) in Dortmund.

„Wer bezahlt eigentlich meine medizinische Versorgung?“

In Deutschland sind Sie normalerweise bei der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert. Ausnahmsweise können Sie sich auch bei einer privaten Krankenversicherung absichern.

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel können aber auch von spezielleren Kostenträgern bezahlt werden, wenn diese zum Beispiel aufgrund von Arbeitsunfällen oder ähnlichem zuständig sind:



„Welchen Weg muss ich gehen, um an meine Versorgung zu kommen?“

Der erste Weg führt zum Arzt oder direkt zum Sanitätshaus. Der Arzt stellt ein Rezept über das von Ihnen gewünschte Hilfsmittel aus. Wenden Sie sich zuerst an Ihr Sanitätshaus, so kann dieses mit Ihnen zwar die für Sie beste Versorgung besprechen, jedoch wird man Sie dann wieder zu Ihrem Facharzt schicken, damit dieser ein entsprechendes Rezept ausstellt. Für spätere Reparaturen oder Folgeversorgungen brauchen Sie dann kein Rezept mehr einzureichen.

Das Sanitätshaus reicht für Sie einen Kostenvoranschlag bei dem zuständigen Kostenträger mit Bitte um Genehmigung ein.



Praxistipp!

Bestehen Sie darauf, dass Arzt und Sanitätshaus eng zusammenarbeiten. Der Arzt hat die medizinische Fachkenntnis und die Therapiehoheit, das Sanitätshaus die technische Fachkenntnis über die Hilfsmittel. Probleme entstehen dann, wenn der Arzt etwas verordnet, was er nicht kennt und bei Rückfragen des Kostenträgers keine fundierte Antwort geben kann.

„Was macht meine Krankenkasse mit dem Kostenvorschlag?“

Die Krankenkasse muss prüfen, ob das verordnete Hilfsmittel zur Therapie oder zum Ausgleich einer Behinderung auch medizinisch notwendig ist. Zudem muss der Sachbearbeiter schauen, ob nicht eine gleichwertige kostengünstigere Alternative zur Verfügung steht („Wirtschaftlichkeitsgebot“). Mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot ist aber keinesfalls ein "Billiger um jeden Preis" gemeint. Die Versorgungsqualität muss bei den Überlegungen der Krankenkasse immer im Vordergrund stehen.

„Wie prüft die Krankenkasse eigentlich genau?“

Da der Sachbearbeiter bei der Krankenkasse kein Mediziner ist, schickt er Sie zur Überprüfung des Kostenvorschlages zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK). Der MDK beschäftigt Ärzte, die in der Lage sind zu überprüfen, ob das von Ihnen gewünschte Hilfsmittel auch medizinisch erforderlich ist. Der MDK kontrolliert auch, ob Ihr Sanitätshaus beim Kostenvorschlag richtig gerechnet hat.

Der MDK ist aber nicht berechtigt, eigene bindende Therapieempfehlungen auszusprechen, denn Ihren behandelnden Arzt haben Sie sich ja selbst ausgesucht!

„Wie lange hat die Krankenkasse für die Entscheidung Zeit?“

Die Kasse muss innerhalb von drei Wochen über Ihren Antrag entscheiden. Will sie den Medizinischen Dienst beauftragen, so hat sie Ihnen das unverzüglich schriftlich mitzuteilen und hat dann insgesamt fünf Wochen Zeit für die Entscheidung. Läuft die Frist ohne Mitteilung, warum noch nicht entschieden werden konnte ab, so gilt die Leistung als genehmigt.

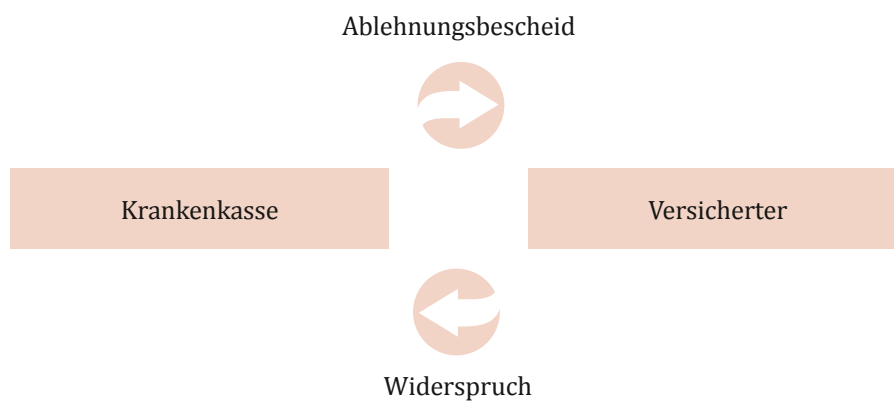
Praxistipp!

Bestehen Sie beim MDK auf einer persönlichen Begutachtung durch einen Arzt und einen Orthopädiemechaniker. Ein „Gutachten nach Aktenlage“ ist in den allermeisten Fällen nicht ausreichend.

„Was passiert, wenn die Krankenkasse den Kostenvoranschlag geprüft hat?“

Kommt der Sachbearbeiter der Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Hilfsmittelversorgung für Sie erforderlich ist, so schickt er einen Bewilligungsbescheid an Sie und manchmal auch an Ihr Sanitätshaus. Das Sanitätshaus kann dann Ihre Versorgung bauen und ausliefern.

Meint die Krankenkasse hingegen, die Versorgung sei medizinisch nicht notwendig oder zu teuer, stellt Sie Ihnen einen Ablehnungsbescheid zu. Manchmal wird auch einfach etwas anderes bewilligt, was Sie gar nicht beantragt haben. Gegen diese Bescheide können Sie grundsätzlich binnen eines Monats Widerspruch einlegen, um an Ihrem Begehren festzuhalten.



Praxistipp!

Legen Sie gegen einen Ablehnungsbescheid immer sofort Widerspruch ein. So versäumen Sie keine Fristen. Der Widerspruch ist kostenlos und kann später begründet oder auch wieder zurückgenommen werden. Eine Pflicht, den Widerspruch zu begründen, gibt es nicht.

„Wie läuft das Widerspruchsverfahren ab?“

Das Widerspruchsverfahren soll der Selbstkontrolle der Krankenkasse dienen. Die Krankenkasse soll vor Anrufung des Sozialgerichtes nochmals die Möglichkeit haben, die eigene Entscheidung auf Richtigkeit zu überprüfen. Über Ihren Widerspruch entscheidet dann ein Widerspruchsausschuss, bestehend aus einem Mitarbeiter der Krankenkasse sowie einem Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter.

Die Praxis sieht allerdings häufig so aus, dass der Sachbearbeiter dem Widerspruchsausschuss seine vorbereitete Empfehlung vorlegt und diese nur noch abgesegnet wird.

Bewilligt die Krankenkasse hingegen Ihre Versorgung, so ergeht ein Abhilfebescheid. Lehnt sie Ihr Begehren erneut ab, ergeht ein Widerspruchsbescheid.

Praxistipp!

Bestehen Sie auf einer schriftlich begründeten Entscheidung über Ihren Widerspruch. Unterschreiben Sie auf keinen Fall eine von der Krankenkasse vorbereitete Rücknahmeerklärung Ihres Widerspruches. Hierdurch bringen Sie sich selbst um die Möglichkeit, Ihre Ansprüche vor dem Sozialgericht durchzusetzen.

„Was tue ich gegen die erneute Ablehnung nach dem Widerspruchsverfahren?“

Gegen die Ablehnung im Widerspruchsverfahren, den Widerspruchsbescheid, können Sie sich vor dem Sozialgericht innerhalb eines Monats mit einer Klage wehren. Das Gerichtsverfahren ist kostenlos. Die Rechtsantragsstelle des Gerichtes muss auch Ihre mündlich vorgebrachte Klage aufnehmen. Der Richter muss alles Notwendige tun, um Ihre Ansprüche zu prüfen (Amtsermittlungsgrundsatz).

In einem Gerichtsverfahren haben Sie zudem die Möglichkeit, Ihren Facharzt als Gutachter oder Zeugen zu benennen. Sie können auch noch weitere Dinge vorbringen, die belegen, dass die von Ihnen gewünschte Versorgung für Ihren Alltag notwendig ist.



„Was ist, wenn ich mir einen Rechtsanwalt nehmen möchte und wer zahlt dessen Honorar?“

Die Beauftragung eines Rechtsanwaltes lohnt sich erst ab dem Widerspruchsverfahren. Der Anwalt ist noch mehr als die Krankenkasse und das Gericht verpflichtet, Sie über Ihre Rechte aufzuklären. Er kennt auch Möglichkeiten, um das Verfahren zu verkürzen.

Wichtig ist, dass nur ein spezialisierter Anwalt beauftragt werden sollte. Gerade das Recht der Medizinprodukte ist derart speziell, dass das allgemeine anwaltliche Grundwissen nicht ausreicht, Ihre Rechte bestmöglich wahrzunehmen. Der spezialisierte Anwalt verfügt zudem über medizinische Kenntnisse und Fachwissen über die von Ihnen gewünschten Hilfsmittel.

Bezahlen muss der Mandat seinen Anwalt in erster Linie selbst. Rechtsschutzversicherungen kommen für die Anwaltsgebühren zumeist ab dem Klageverfahren auf. Halten Sie Rücksprache mit Ihrer Rechtsschutzversicherung oder bitten Sie Ihren Anwalt, dies zu tun.

Ist ein Kläger gänzlich mittellos oder verfügt er nur über geringe Einnahmen, so besteht die Möglichkeit im Rahmen des Gerichtsverfahrens Prozesskostenhilfe zu beantragen. Den Anwalt zahlt dann zunächst der Staat.

Praxistipp!

Fragen Sie beim Hersteller Ihres Hilfsmittels, Ihrem Sanitätshaus oder bei der örtlichen Anwaltskammer nach spezialisierten Rechtsanwälten. Zumeist arbeiten spezialisierte Rechtsanwälte bundesweit. Fragen Sie bei Kontaktaufnahme, ob das erste Gespräch kostenlos ist.

„Welche Versorgung bekomme ich denn genau?“

Leistungen der Krankenkasse haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. So steht es im Gesetz. Sie haben einen Anspruch auf Versorgung nach dem Stand der Technik, wobei Sie „im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen“ zu mobilisieren sind. So sagt es die Rechtsprechung. Sie können also eine Versorgung verlangen, die Ihre abhanden gekommenen Körperfunktionen so weit wie möglich wieder herstellt. Hierbei sind alle Körperfunktionen wie Laufen, Gehen, Stehen, Greifen etc. gemeint.

Der Mensch muss durch die Hilfsmittelversorgung in die Lage versetzt werden, von der Hilfe anderer möglichst unabhängig leben zu können. Dabei ist auch auf sein privates Umfeld Rücksicht zu nehmen. Gerade bei behinderten Menschen sind die sozialen Rechte möglichst weitgehend zu verwirklichen.

Beispiele aus der Rechtsprechung

C-Leg	BSG B 3 KR 20/04 R
Badeprothese	BSG B 3 KR 19/08 R
Aqua Knie	LSG NRW L 16 KR 618/11
Handprothese	LSG NRW L 11 KR 39/05
Silikonhand	LSG Saarland L 2 KR 22/06
Reha Kinderwagen	BSG B 3 KR 31/04 R
Doppelsitzer E-Rollstuhl	BSG B 3 KR 12/05
Rollstuhlbike	BSG B 3 KR 7/10 R
Krankenslifter	BSG in BSGE 51, 268
Schwenkbarer Autositz	BSG in BKK 1992, 162
Kinderdreirad	BSG B 3 KR 3/02
Therapiedreirad	BSG B 3 KR 5/10 R
DynamicArm	SG München S 47 785/06
Genium Knie	SG Köln S 2 R 570/12
Silikonhandorthese	SG Lübeck S 14 KR 360/09
Elektronischer Fußheber	SG Aachen S 14 KR 82/11

„Was heißt medizinisch erforderlich und wirtschaftlich?“

Das Gesetz sagt, dass Leistungen der Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen. Ausreichend ist dasjenige, welches Ihre verloren gegangene Körperfunktion wieder herstellt. Sie müssen sich nicht auf eine Behelfslösung einlassen. So hat beispielsweise der beinamputierte Mensch einen Anspruch darauf, wieder all das zu Fuß machen zu können, was der nicht behinderte Mensch auch zu Fuß macht, um seine Alltagsgeschäfte zu erledigen. Einen Anspruch auf einen E-Rollstuhl haben Sie, wenn Sie Ihre Einkäufe nicht ohne dieses Hilfsmittel erledigen können.

Lassen Sie sich bei einer Ablehnung nicht darauf ein, Ihre Versorgung sei unwirtschaftlich, weil zu teuer. Das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot erlaubt keinen Vergleich von „Äpfeln und Birnen“. Nur funktionsgleiche Hilfsmittel dürfen miteinander verglichen werden.

Praxistipp!

Lassen Sie sich bei einem Ablehnungsbescheid nicht damit verträsten, der bisherige Versorgungsstandard sei ausreichend. Sie wissen besser, was für Ihren Alltag erforderlich ist. Mobilität ist keine Bequemlichkeit, sondern Ihr gutes Recht auf ein selbst bestimmtes Leben.

„Darf ich mir mein Sanitätshaus aussuchen?“

Bis zum 31.12.2008 durften Sie sich von jedem zugelassenen Sanitätshaus versorgen lassen. Danach muss Ihr Sanitätshaus Vertragspartner der Krankenkasse sein. Jedes Sanitätshaus, das den entsprechenden Qualitätsanforderungen genügt, darf Sie jedoch versorgen, soweit Sie ein begründetes Interesse daran haben und es nicht teurer ist, als ein Vertragspartner.

„Darf ich mir ein bestimmtes Produkt aussuchen, mit dem ich am besten zurechtkomme?“

Sie haben bei der Auswahl Ihres Hilfsmittels ein Wunsch- und Wahlrecht. Sicherlich können Sie sich auch für ein ganz bestimmtes Produkt entscheiden, welches Sie vielleicht zuvor schon einmal ausprobiert haben. Machen Sie dem Sachbearbeiter des Kostenträgers oder dem Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung klar, warum nur dieses und kein anderes Hilfsmittel für Sie in Frage kommt.

„Welche Ansprüche habe ich gegen meine private Krankenversicherung?“

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die privaten Krankenversicherungsunternehmen nur die Kosten für eine Hilfsmittelversorgung übernehmen, die vertraglich vereinbart wurde. Der Umfang der Leistungen der privaten Krankenversicherung ist den jeweiligen konkreten Tarifbedingungen zu entnehmen. Ist ein Hilfsmittel nicht in den Tarifbedingungen gelistet, wurde es nicht von der privaten Krankenversicherung bezahlt, selbst wenn es medizinisch notwendig ist. Anderes gilt nur bei den so genannten „offenen Hilfsmittelkatalogen“, die nicht abschließend die Hilfsmittelleistungen festlegen.

Derzeit laufen Gerichtsverfahren zu der Frage, ob Leistungen der Privaten überhaupt hinter denen der Gesetzlichen zurückbleiben dürfen. Wird die Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung von der privaten Krankenversicherung verneint, ist nach gescheitertem Versuch einer außergerichtlichen Einigung der Rechtsweg zum Zivilgericht zu beschreiten. Da es sich bei Auseinandersetzungen mit der privaten Krankenversicherung nicht um eine sozialrechtliche Streitigkeit handelt, ist die Rechtsschutzversicherung in der Regel bereits für das außergerichtliche Tätigwerden des Rechtsanwalts einstandspflichtig und übernimmt dessen Kosten.

Klagen müssen Sie vor dem Amts- oder Landgericht.

„Welche Fristen muss die Krankenkasse einhalten?“

Die Krankenkasse hat zunächst innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob sie zuständig ist. Hält sie sich für nicht zuständig, so hat sie den Antrag an den zuständigen Kostenträger weiterzuleiten.

Leitet sie den Antrag nicht weiter, muss sie innerhalb von drei Wochen entscheiden. Hält sie es für erforderlich den MDK einzuschalten, so verlängert sich die Frist auf fünf Wochen ab Antragseingang. Innerhalb der ersten drei Wochen muss Ihnen aber mitgeteilt werden, dass der MDK eingeschaltet werden soll.

In den meisten Fällen, in denen es gerade um hochwertige Versorgungen geht, muss jedoch ein Gutachten eingeholt werden, so dass die Krankenkasse fünf Wochen Zeit hat.

Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb der Fristen, bedeutet dies, dass das Hilfsmittel automatisch genehmigt ist. Sie können dann verlangen, von Ihrem Sanitätshaus versorgt zu werden. Alternativ können Sie sich das Hilfsmittel auch selbst kaufen und dann die Kostenerstattung beantragen, wenn Sie Ihre Kasse vorher darüber informiert haben.

Die Untätigkeitsklage

Haben Sie gegen einen ablehnenden Bescheid Widerspruch eingelegt, muss die Krankenkasse innerhalb von drei Monaten entscheiden. Nach Ablauf von drei Monaten können Sie Untätigkeitsklage beim Sozialgericht einlegen.

Einstweilige Verfügung

Ist eine Hilfsmittelversorgung für Sie gar lebensnotwendig oder kommt es ohne das Hilfsmittel zu einer deutlichen Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes, so können Sie vor dem Sozialgericht eine einstweilige Verfügung beantragen, dass Ihnen das Hilfsmittel zumindest bis zur Entscheidung der Krankenkasse vorläufig zur Verfügung gestellt wird.

Fragen aus der Praxis

Patientenfragen bei der Beantragung einzelner Hilfsmittel (wie z.B. Genium, C-Leg, C-Leg compact, Aqua Knie, Michelangelo-Hand, DynamicArm)

- ◉ **Darf mein Kostenträger das Genium, den DynamicArm oder die Michelangelo-Hand mit der Begründung ablehnen, dass die bisherige Versorgung ausreichend und auch noch funktionsfähig ist? Kann es in diesem Zusammenhang auch zur Ablehnung der Prothese kommen, wenn der Patient bereits mit einem relativ neuen und technisch hochwertigen Hilfsmittel versorgt ist? Darf mein Kostenträger das Hilfsmittel ablehnen und dem Patienten, mit Verweis auf die noch ausreichende Versorgung, eine Gehschulmaßnahme oder andere physiotherapeutische Maßnahmen zur Optimierung anbieten?**

Antwort: Der Kostenträger darf die Kostenübernahme gerade nicht mit der Begründung ablehnen, der bisherige Versorgungsstandard sei doch ausreichend und die alte Prothese sei noch funktionsfähig. Der gesetzlich Krankenversicherte hat nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) einen Anspruch auf Versorgung nach dem Stand der Technik. Die Mobilisierung muss daher im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen wiederhergestellt werden. Soweit das Produkt für Sie einen Gebrauchsvorteil entfaltet, der sich auf den gesamten Alltag auswirkt, muss Ihnen der Kostenträger das modernere Hilfsmittel auch dann bezahlen, wenn Sie bereits mit einem höherwertigen Produkt versorgt sind.

Der Kostenträger darf das Hilfsmittel gerade nicht deshalb ablehnen, weil er meint, es muss noch eine Gehschule besucht werden, oder andere physiotherapeutische Maßnahmen würden das Gangbild optimieren. Es ist sogar eher so, dass eine Gehschule oder Physiotherapie zusätzlich zur Versorgung mit der Prothese oder Orthese zu bezahlen ist, wenn sich die medizinische Notwendigkeit ergibt.

- ◉ **Darf mein Kostenträger das Produkt mit dem Verweis ablehnen, dass ich nicht sämtliche Funktionsvorteile werde nutzen können, aber zumindest erhebliche Vorteile hätte, z. B. durch die erhöhte Sicherheit des Gelenks?**

Antwort: Es kommt für den Patienten nicht darauf an, dass er sämtliche Funktionen eines Hilfsmittels optimal ausnutzen können muss. Vielmehr reicht bisweilen bereits ein Aspekt aus, der Ihnen einen Gebrauchsvorteil verschafft. Häufig ist dies das verminderte Sturzrisiko. Das Sicherheitsbedürfnis des Patienten steht insbesondere bei der Rechtsprechung des BSG ganz oben.

- ◉ **Was ist, wenn ich meine, dass ich mit Übung in Zukunft die Funktionen eines Geniums oder eines DynamicArms nutzen kann??**

Antwort: Hilfsmittelversorgung ist immer perspektivisch auf ein realistisches Versorgungsziel gerichtet. Selbst wenn Sie derzeit noch nahezu immobil sind, ist es Aufgabe der Krankenkasse, alles zu tun, diesen Umstand abzustellen. Dabei ist eine gute Hilfsmittelversorgung oftmals die einzige Möglichkeit, überhaupt wieder fit zu werden. Eine gute Prothesenversorgung soll das gerade sicherstellen.

- ◉ **Wer legt eigentlich fest, welches Hilfsmittel für mich das Beste ist?**

Antwort: Das Sanitätshaus und der Arzt sind die verantwortlich Handelnden beim Versorgungsvorgang. Es ist weder Aufgabe der Krankenkasse noch Aufgabe des MDK festzulegen, welches Hilfsmittel Sie zu benutzen haben. Das Bundessozialgericht sagt dazu, dass der Versicherte selbst am besten weiß, welches Hilfsmittel für seinen Alltag am besten geeignet ist.

◉ **Ist die Ablehnung eines C-Leg compact, C-Leg oder Genium mit dem Verweis auf mein zu hohes Alter gerechtfertigt?**

Antwort: Auf das Alter des Anwenders kommt es grundsätzlich nicht an. Es kommt lediglich darauf an, ob Sie (noch) in der Lage sind, die Gebrauchsvorteile körperlich und geistig tatsächlich nutzen zu können. Ein älterer Mensch kann sogar mobiler sein als ein jüngerer Mensch. Es ist immer der Einzelfall zu betrachten. Eine „Altersobergrenze“ gibt es nicht.

◉ **Was ist wenn meine Krankenkasse meint, ich bräuchte kein Aqua Knie, weil für Nassbereiche nur ein Anspruch auf eine Basisversorgung besteht?**

Antwort: Die Badeprothese soll die Alltagsprothese in Nassbereichen ersetzen. Der Versorgungsstandard soll der gleiche sein. Gerade in Dusche und Schwimmbad ist die Sturzgefahr höher, so dass Sie auf eine gute Versorgung angewiesen sind.

◉ **Darf mein Kostenträger bei Genehmigung meiner Versorgung vorschreiben, zu welchem Sanitätshaus ich gehen muss oder habe ich freie Wahl?**

Gibt es hier unterschiedliche Regelungen bei den verschiedenen Kostenträgern wie z. B. gesetzliche Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft?

Antwort: Grundsätzlich hat der Anwender nach § 9 SGB IX ein Wahlrecht im Hinblick auf die Auswahl seines Sanitätshauses. Dies gilt für Krankenkassenpatienten genauso wie für Versicherte der Berufsgenossenschaft. Bei Berufsgenossenschaften ergibt sich jedoch der Unterschied, dass die Arztwahl eingeschränkt ist. Daher können Sie auch von der Berufsgenossenschaft in ein BG-Krankenhaus geschickt werden. Die Versorgung selbst kann jedoch von einem Sanitätshaus der eigenen Wahl durchgeführt werden.

◉ **Muss ich andere Prothesen – und wenn ja welche – testen, wenn bereits positive Erfahrungen durch Probeversorgung vorliegen? Habe ich Einfluss darauf, wer die Probeversorgungen mit den Testgelenken durchführt?**

Muss ich Probeversorgungen zulassen, bei denen ich nicht weiß, welches Gelenk ich gerade teste, da das Gelenk so verkleidet oder abgehängt ist, dass der Produktname nicht erkennbar ist?

Antwort: Zu einer ordnungsgemäßen Begutachtung kann auch gehören, Alternativgelenke testen zu müssen. Diese sollten Ihnen jedoch vorher genauestens vorgestellt werden. Deren Funktionsweise sollte auch detailliert beschrieben werden. Bei den Tests von verschiedenen Gelenken kommt es dann jedoch nicht darauf an, ob auch ein anderes Gelenk „irgendwie ausreicht“. Die Testung mehrerer Alternativgelenke sollte lediglich dazu da sein zu überprüfen, mit welchem Gelenk Ihre Mobilität so optimal wie möglich wiederhergestellt werden kann. Bei Krankenkassen ist die Probeversorgung eigentlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) in Zusammenarbeit mit den orthopädischen Versorgungsstellen selbst durchzuführen. Da diese jedoch nicht über die entsprechende personelle und sachliche Ausstattung verfügen, wird in der Praxis die Probeversorgung zu meist vom ohnehin versorgenden Sanitätshaus eingeleitet. Der MDK würde Sie dann mit der Probeversorgung begutachten. Gegen eine Probeversorgung mit anonymisierten Gelenken ist solange nichts einzuwenden, soweit Ihnen zuvor tatsächlich die Funktionsweise des Kniegelenkes erklärt wurde.

◉ **Wer zahlt eigentlich eine Probeversorgung und habe ich einen Anspruch auf eine Testung?**

Antwort: Die Probeversorgung gehört zur so genannten Amtsermittlungspflicht der Krankenkasse. Die Probeversorgung soll gerade feststellen, ob Sie in der Lage sind, ein Hilfsmittel nutzen zu können. Das Ausprobieren eines Produktes ist Teil des Versorgungsvorganges.

◉ **Darf ich eine Begutachtung ablehnen und habe ich ein Mitbestimmungsrecht, wer die Begutachtung durchführt?**

Antwort: Der Patient muss sich, soweit Kostenträger die Krankenkasse ist grundsätzlich nur vom MDK begutachten lassen. Andere private, sogenannte Hilfsmittelgutachter finden im Gesetz keine Berechtigungsgrundlage. Es ist der Krankenkasse aus datenschutzrechtlichen Gründen sogar untersagt, ohne Ihre Zustimmung Ihre Daten an einen freien und privaten Gutachterdienst weiterzugeben. Die Begutachtung durch den MDK sollte grundsätzlich nicht abgelehnt werden, solange sich die Anzahl der Begutachtungen im erträglichen Rahmen halten und tatsächlich sinnvoll begutachtet wird. Im Sozialversicherungsrecht haben Sie eine Mitwirkungspflicht, soweit die Behörde den zugrundeliegenden Sachverhalt nicht selbst ermitteln kann.

◉ **Darf ich zur Begutachtung eine Person meines Vertrauens mitnehmen?**

Antwort: Eine Begleitperson ist im Rahmen einer Begutachtung erlaubt. Sie können auch Ihren Orthopädietechniker mit zum MDK nehmen. Der Techniker ist meistens besser als Sie selbst in der Lage, dem Arzt des MDK das Versorgungskonzept zu erläutern.

◉ **Wie lange hat der MDK Zeit, um sein Gutachten zu erstellen?**

Antwort: Der MDK hat sein Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach seiner Beauftragung durch die Krankenkasse vorzulegen.

◉ **Kann ich den Kostenträger haftbar machen, wenn ich mich nach Ablehnung im Widerspruchs- oder Klageverfahren durch einen Sturz mit meiner alten Versorgung verletze?**

Antwort: Kommt der Kostenträger fälschlicherweise zu einer Ablehnung, oder hat er den Antrag nicht genau geprüft und es kommt deshalb zu einem Sturz oder einem anderen Unfall so haftet der Kostenträger im Rahmen der Amtshaftungsansprüche. Der Schadensersatz umfasst dabei den sogenannten materiellen und immateriellen Schaden. Es ist also u. a. auch Schmerzensgeld zu ersetzen. Gerade im Hinblick auf mehrere Monate dauernde Verfahren sollte sogar versucht werden, ein Schmerzensgeld für entgangene Lebensqualität zu erwirken.

◉ **Sollte ich zur vollen Nutzung der Funktionen eine Gebrauchsschulung beantragen oder steht dies im Widerspruch zu einer guten Versorgung?**

Wenn eine Gehschulmaßnahme geplant ist, ist dann die Beantragung nach der Genehmigung oder gleich mit Antragstellung sinnvoll?

Antwort: Das Sanitätshaus und der Arzt haben Sie über den Gebrauch des Hilfsmittels zu beraten und Ihnen die Funktionen zu erläutern. Eine Gangschule oder eine Ergotherapie sind jedoch eine eigenständige Rehabilitationsmaßnahme, die Sie gesondert beantragen können.

◉ **Ist die Kürzung von Leistungen wie z. B. Zahlung einer Unfallrente oder Reduzierung der Pflegestufe durch den Kostenträger bei Genehmigung eines Hilfsmittels erlaubt?**

Antwort: Die Zahlung einer Unfallrente oder Reduzierung einer Pflegestufe hat grundsätzlich mit der Genehmigung eines Hilfsmittels nichts zu tun. Stellt sich jedoch heraus, dass aufgrund der nunmehr verbesserten Mobilität keine Pflegestufe mehr besteht, so kann die Pflegekasse dies überprüfen. Hierbei handelt es sich jedoch um ein isoliertes Verfahren. Die verbesserte Mobilität kann auch Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit haben. Dies ist jedoch ebenso in einem isolierten Verfahren zu prüfen.

◉ **Darf der Kostenträger mir nur einen begrenzten Betrag bewilligen, so dass ich die restlichen Kosten selber tragen muss und dadurch der Eindruck entsteht, dass nur ein halbes Hilfsmittel bewilligt wurde?**

Antwort: Der Kostenträger hat nach dem sogenannten Sachleistungsprinzip grundsätzlich nur die Prothese zur Verfügung zu stellen. Mit der Abrechnung oder den Kosten für eine Prothese haben Sie als Patient eigentlich nichts zu tun. Ein „Pauschalbetrag“ darf daher nicht bewilligt werden. Die einzige nach der Gesundheitsreform bestehende Möglichkeit, dass eine Zuzahlung von über die üblichen 10,00 € hinaus verlangt werden kann, ist, wenn ein Gegenangebot bei einem anderen Sanitätshaus eingeholt wird und dieses zu günstigeren Konditionen liefert. Dann kann ggf. ein Differenzbetrag von Ihnen verlangt werden.

◉ **Darf der Kostenträger das Genium mit der Begründung ablehnen, dass es nicht Versorgungsstandard ist und wenn es Versorgungsstandard wäre, würde es den Kostenträger wirtschaftlich ruinieren, da dann alle Oberschenkelamputierten Anspruch auf ein Genium hätten?**

Antwort: Sie haben als Patient grundsätzlich nichts mit der finanziellen Situation eines Kostenträgers zu tun. Im Kostenübernahmeverfahren geht es lediglich um Ihre individuellen Einzelfallansprüche gegenüber dem Kostenträger. Ein Verweis des Kostenträgers, er würde ruiniert werden, wenn nunmehr alle Oberschenkelamputierte ein Genium bekämen, ist polemisch und sollte nicht weiter kommentiert werden.

◉ **Darf ich mir das Hilfsmittel selbst kaufen und von der Krankenkasse das Geld zurückholen?**

Antwort: Zunächst ist der sogenannte Beschaffungsweg einzuhalten. Der Kostenträger muss zunächst über den Antrag entscheiden, sobald eine Ablehnung vorliegt, kann das Hilfsmittel selbst angeschafft und der Kaufpreis eingefordert werden. Seit dem Patientenrechtegesetz hat die Krankenkasse nur noch insgesamt fünf Wochen für die Entscheidungszeit. Dann kann das Hilfsmittel bereits vorab auf eigene Kosten angeschafft und das verauslagte Geld vom Kostenträger zurückgeholt werden. Hierbei ist jedoch Vorsicht geboten und immer zunächst fachlicher Rat einzuholen, da die Fristen genau geprüft werden müssen. Sie laufen ansonsten Gefahr nichts zurückzubekommen.

◉ **Habe ich als Privatversicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem Genium, einem DynamicArm oder einer Michelangelo Hand?**

Antwort: Bei Privatversicherten kommt es einzig und allein darauf an, welcher Versicherungstarif Ihrem Vertrag zugrunde liegt. Ist dort nur vermerkt, dass die medizinisch erforderlichen Hilfsmittel zu bezahlen sind, so stehen Ihre Chancen gut. Sind dort jedoch einzelne Hilfsmittel oder betragsmäßige Begrenzungen aufgeführt, so muss die private Krankenversicherung nur das zahlen, was vertraglich vereinbart ist.

Müller  Dr. Paul
Rechtsanwälte



Müller & Dr. Paul – Rechtsanwälte

Strengerstr. 4+6 – 33332 Gütersloh – Telefon 05241 98740 – Telefax 05241 987444

e-Mail: info@mueller-drpaul.de

